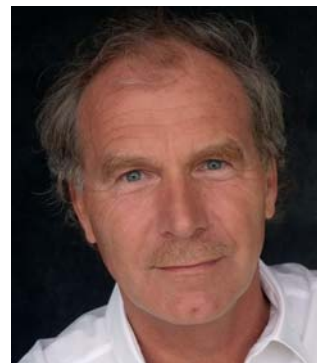


# Neue GOZ = Neue Chancen für die Prävention



Dr. Lutz Laurisch, Korschebroich

Die Zeiten werden sich ändern. Auf den ersten Blick ist an der vorliegenden Ausgabe der ZWP spezial nichts Ungewöhnliches. Es geht um wichtige Themen der Prävention. Wie organisiert man eine Prophylaxepraxis, und wann ist eine invasive Kariestherapie indiziert? Wie ist der Präventionsbedarf in der Kinderzahnheilkunde? Alles Themen, über die schon – und nicht nur einmal – berichtet wurde. Und doch ist etwas neu. Die bei Kursen und Vorträgen so viel gestellte Frage: „Wie können wir das denn abrechnen?“ wurde nunmehr definitiv mit der Vorlage der neuen GOZ beantwortet.

Im Bereich der Prävention eröffnet sich hier zum ersten Mal die Möglichkeit, einen großen Anteil des präventiven Leistungsspektrums mit dem Patienten auf der Grundlage geltender gesetzlicher Bestimmungen abrechnen zu können. Nehmen wir einmal beispielhaft den Prophylaxebedarf in der Kinderzahnheilkunde. Hier gibt es nicht nur mit der Pos. 101 eine neue Beratungsposition. Gerade in der Kinderzahnheilkunde sind für uns jedoch die Eltern der Ansprechpartner. Und das erfordert in der Regel zusätzliche Zeit. Eltern wünschen sich für ihre Kinder gesündere Zähne als sie vielleicht selbst haben. Aufgrund der oft vorhandenen Vorinformationen, die die Eltern mitbringen, ist die Beratungssituation oft deutlich zeitintensiver als mit den Kindern alleine. Dies berücksichtigt die neue GOZ in der Position 102, welche besagt, dass bei Einbeziehung einer Bezugsperson die Hälfte des Honorars der Pos. 101 zusätzlich berechnet werden kann. Der Prophylaxebedarf in der Kinderzahnheilkunde ist jedoch auch maßgeblich abhängig vom Kariesrisiko des Kindes. Zum ersten Mal finden sich auch hierfür Abrechnungspositionen. So beinhaltet die Position 105 (Zahnärztliche Früherkennungsuntersuchung eines Kindes bis zum 72. Lebensmonat) auch die Kariesrisikobestimmung.

Diese soll anhand des DMFT/DMFS-Wertes, der Compliance und der Auswertung von zwei individuellerforderlichen Speicheltests ermittelt werden. Für die präventionsorientierte Praxis ist es sicherlich nicht akzeptabel, das Kariesrisiko – insbesondere in dieser Altersklasse – anhand des schon eingetretenen Schadens zu beurteilen. Kein Mensch käme auf die Idee, auf einer gefährlichen Treppe ein Treppengeländer erst dann zu installieren, wenn schon genügend Menschen die Treppe heruntergefallen sind. Präventionsorientiert heißt, dass wir den Schaden mit unserer präventiven Diagnostik zu vermeiden suchen. Wo ginge das besser als gerade in der Altersklasse der zwei- bis vierjährigen Kinder? Denn nur und gerade im Alter von zwei Jahren genügt der Nachweis von *Streptococcus mutans* allein, um mit einer hohen Vorhersagegenauigkeit Karies zu prognostizieren. Hiermit eröffnen sich den präventionsorientierten Praxen, denen der DMFT-Wert als Grundlage ihrer Kariesrisikoermittlung nicht akzeptabel erscheint, wertvolle Diagnostik- und Therapiemöglichkeiten.

Auch in der präventiven Therapie gibt es Neuerungen: So wird zum ersten Mal auch das Kariesmonitoring honoriert (GOZ 107). Damit beantwortet sich manchmal auch die Frage: Sollen wir im Zweifelsfall sofort restaurieren oder erstmal mit modernen Methoden eine Verlaufskontrolle der Läsion durchführen? Entscheidet man sich zur Verlaufskontrolle, so sind natürlich Maßnahmen zur Beeinflussung der Kariesaktivität indiziert, die jetzt auch bei den Abrechnungspositionen berücksichtigt werden: So regeln Position 110 und Position 111 die Abrechnung einer Applikation von chlorhexidinhaltingen Lacken oder Gelen. Selbst an die Applikation mit individuell hergestellten Tiefziehschienen (Pos. 112) wurde gedacht, welche ohnehin der Applikation durch Einbürsten überlegen scheint, da die Verdünnungseffekte durch den beim Putzen hinzutretenden Speichel verhindert werden, und somit bei der Anwendung mittels Medikamententräger eine längere Einwirkzeit bei gleichbleibender Konzentration des Wirkstoffes (Fluoride, Chlorhexidine) resultiert.

Nicht zuletzt ist die professionelle Zahnreinigung (Pos. 120) berücksichtigt und zwar ohne Altersbeschränkung. Schließlich ist die professionelle Zahnreinigung eine Basisleistung der Prävention – und zwar in allen Altersklassen.

Und hier schließt sich der Kreis, und wir kommen wieder zu der vorliegenden Ausgabe der ZWP spezial zurück, denn die zahnärztlichen Assistenzberufe erfahren durch die neue Honorarordnung eine weitere Aufwertung – hier ist der Artikel „Zahnärztliche Assistenzberufe im Laufe der Zeit“ also sehr aktuell und empfehlenswert.

Für die, die sich bis jetzt noch nicht mit der Prävention beschäftigt haben, sollte das auch eine Anregung sein, einmal näher hinzuschauen. Karies und Parodontitis sind vermeidbar. Die fachlichen Tatsachen sind bekannt, das Konzept kann umgesetzt werden. Die in der Prävention neu eingeführten Gebührenpositionen erleichtern die Abrechnung. Dies soll selbstverständlich nicht darüber hinwegtäuschen, dass die neue Gebührenordnung in wesentlichen Punkten noch der Überarbeitung bzw. Kommentierung bedarf, wie auch die Bundeszahnärztekammer in ihrer Stellungnahme festgestellt hat. Beispielhaft sei hier nur die sogenannte „Öffnungsklausel“ erwähnt. Letztlich bleiben auch in der Prävention noch viele Fragen offen. Abgesehen von der Honorierung einzelner Positionen ist es völlig abwegig, dass der Mundhygienestatus nur einmal im Jahr erhoben werden kann, dass Fluoridierungen nur dreimal im Jahr berechnet werden können, dass Kariesrisikobestimmungen nur im Alter ab 6 Jahren abrechnungsfähig sind oder unter welcher Abrechnungsposition die Durchführung einer Speicheldiagnostik abgerechnet werden kann – um nur einiges aufzuzählen.